



## 0 - Ictus isquémico agudo, lo que el radiólogo de guardia debe aportar

*F. Salame Gamarra, A.J. Revert Ventura e Y. Pallardo Calatayud*

*Hospital de Manises, Valencia, España.*

### Resumen

**Objetivo docente:** Revisar el papel de las técnicas de imagen en la selección de pacientes con ictus isquémico agudo candidatos a tratamiento trombolítico.

**Revisión del tema:** Se benefician del tratamiento los ictus con core pequeño y penumbra amplia. El ASPECTS, imágenes fuente angioTC, volumen TCperfusión y DWI-RM estiman el core. El mismatch en TCperfusión/RM y la colateralidad en angioTC estiman la penumbra. Una hipodensidad  $> 1/3$  ACM contraindica el tratamiento. El TC tiene baja sensibilidad en las primeras 3 horas. El angioTC es clave. Demuestra la oclusión arterial proximal necesaria para indicar trombectomía mecánica así como la localización y longitud del trombo que orienta sobre la recanalización. Evalúa la colateralidad distal, indispensable para que haya penumbra, recomendándose el estudio multifásico ya que las colaterales pueden contrastarse en fase venosa. Valora la carótida extracranal causa frecuente del ictus y contribuye a planificar el abordaje vascular. El TCperfusión (mapas de tiempo-flujo-volumen) diferencia core de penumbra. Puede detectar infartos extensos no sospechados en TC. Se debe realizar sobre todo en ictus de tiempo incierto, ventanas límite o dudas diagnósticas. Son inconvenientes la cobertura reducida y los falsos positivos (hipoperfusiones crónicas y vasospasmo). La DWI-RM es la técnica más precisa en la definición del core, su principal indicación la trombosis basilar aguda.

**Conclusiones:** El informe radiológico es determinante en la toma de decisiones y selección de los pacientes que se pueden beneficiar del tratamiento trombolítico. Debemos responder a 4 preguntas: ¿hay contraindicación para tratamiento fibrinolítico?, ¿existe oclusión arterial proximal a recanalizar, y circulación colateral distal?, ¿existe tejido recuperable a reperfundir?